

Oferta

Składam ofertę na konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

.....

.....

w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie.

I. Dane o ofercie:

Imię i nazwisko:

adres:

specjalizacja:

prawo wykonywania zawodu nr wydane
przez.....

wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

.....

nazwa działalności:

adres:

NIP REGON

dane do kontaktu telefon lub e-mail

II. Proponowana kwota należności za udzielanie świadczenia:

- w dni powszednie, soboty, niedziele i świętazł/h

- kontrakt całonocnyzł/h

- inne warunki wynagrodzenia (np. procent lub kwota za zrealizowaną procedurę, badanie)

.....

.....

.....

.....

III. Proponowany czas trwania umowy:

IV. Załączniki:

1. Dyplom: lekarza/ ratownika medycznego, prawo wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy).
2. Kserokopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
3. Wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich (dotyczy lekarzy).
4. Wpis do ewidencji działalności gospodarczej.
5. Orzeczenie lekarskie o braku p/wskazań do pracy, szkolenia Bhp
6. inne dokumenty

V. OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie lekarz/ratownik medyczny wynosi
lat (dla indywidualnych praktyk lekarskich).

2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi Warunkami Konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że jestem związany z oferta przez 30dni.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam, że: wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie dla celów postępowania konkursowego oraz potrzeb niezbędnych do realizacji świadczeń medycznych określonych w ofercie, zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

VI. INNE:

1. Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez udzielającego Zamówienie harmonogramem.
2. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na świadczenia zdrowotne, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

.....
data

.....
podpis oferenta